

Formulario de Historia Clínica

Información del Paciente			
Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Sexo
Lucinda	Wilson	14/03/1950	Femenino

Sección Primera

¿Está Ud. embarazada o intentando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
¿Está Ud. tomando anticonceptivos orales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
¿Está tomando algún medicamento? En caso afirmativo, por favor especifique: Galantamina para Alzheimer y Budesónida para Asma	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Consumes algún tabaco? En caso afirmativo, por favor especifique con qué frecuencia y por cuánto tiempo los ha estado usando:	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Utiliza algún tipo de sustancias controladas? En caso afirmativo, por favor especifique qué tipo de sustancias consume y con qué frecuencia y por cuánto tiempo las ha estado utilizando.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Tiene algún tipo de alergia? En caso afirmativo, por favor especifique a qué es alérgico y cómo es la reacción alérgica	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	

Sección Segunda

¿tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Corticoides	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Cuidados Psiquiátricos
<input checked="" type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Tratamiento Radiación
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Adicción a Drogas	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Diálisis Renal
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Artritis Gota	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Reuma
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina
<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Urticaria o Sarpullido	<input type="checkbox"/> Herpes Zóster
<input checked="" type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos/Sincopes	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Anemia células Falciformes
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Latido irregular de corazón	<input type="checkbox"/> Problemas Sinusales
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Frecuentes	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input checked="" type="checkbox"/> Moretones Frecuentes	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Inflamación extremidades
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Baja Presión Arterial	<input type="checkbox"/> Enfermedades Tiroideas
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input checked="" type="checkbox"/> Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco/Falla	<input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> llagas/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Tumores o Bultos
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos/Dolencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Paratiroidea	<input type="checkbox"/> Ictericia

Información del Paciente

Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Sexo
Lucinda	Wilson	14/03/1950	Femenino

Sección Segunda (continuación)

¿ Ha padecido otras enfermedades graves que no se encuentren en el listado anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	--

Comentarios adicionales:

Sección Tercera

Por favor, enumere las cirugías anteriores:

Mes/Año:	Motivo:	Hospital:
05/2028	Artroplastia total de cadera	Hospital del Lago

Por favor, enumere cualquier otra hospitalización:

Mes/Año:	Motivo:	Hospital:
08/2021	Incidente de caída, que requirió puntos de sutura en el brazo derecho	Hospital General Parque
06/2018	Complicaciones de la cirugía de cadera	Hospital del Lago

Sección Cuarta

Todas las respuestas a las preguntas anteriores se responden con precisión a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información inexacta puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a los proveedores de atención médica de cualquier cambio en el estado médico.

Nombre de Padre, o Tutor (en caso de que corresponda)	Relación o parentesco con el paciente (en caso de que corresponda)
Firma del Paciente, Padre o Tutor	Fecha